UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

SUR UN CAS

DE

FIBROME PUR DE L'OVAIRE

AVEC INTÉGRITÉ PARTIELLE DE CET ORGANE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1910

PAR

Jean POUGET

Né à Belpech (Aude), le 27 janvier 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DEROUVILLE, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur,
RICHE, profess.-adj.,
EUZIÈRE, agrégé,
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

SUR UN CAS

DE

FIBROME PUR DE L'OVAIRE

AVEC

INTÉGRITÉ PARTIELLE DE CET ORGANE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

SUR UN CAS

DE

FIBROME PUR DE L'OVAIRE

AVEC INTÉGRITÉ PARTIELLE DE CET ORGANE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Jean POUGET

Né à Belpech (Aude), le 27 janvier 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DEROUVILLE, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur,
RICHE, profess.-adj.,
EUZIÈRE, agrégé,
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseigt de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérap utique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
TEDENAT, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage d'affection.

J. POUGET.

MEIS ET AMICIS

J. POUGET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

J. POUGET.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser un souvenir reconnaissant à tous ceux qui ont contribué à notre instruction, par leurs enseignements, leurs encouragements, leurs conseils.

Nous adressons nos remerciements à M. le professeur de Rouville, qui a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse et nous faire l'honneur de présider notre jury. Nous prions également M. le professeur Tédenat, MM. les professeurs agrégés Riche et Euzière, de recevoir ici l'hommage de notre gratitude.

SUR UN CAS

DE

FIBROME PUR DE L'OVAIRE

AVEC

INTÉGRITÉ PARTIELLE DE CET ORGANE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur de Rouville, un cas de fibrome de l'ovaire, dont l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un fibrome *pur*, développé sur un ovaire en partie sain, nous nous sommes enquis des divers travaux se rapportant à ce sujet, et nous avons eu dès lors l'intention de consacrer à l'étude de ces cas peu connus, notre thèse inaugurale. M. le professeur de Rouville a bien voulu nous communiquer *in extenso* l'observation de la malade et nous donner tous les renseignements utiles et quelques idées générales qui nous ont été du plus grand secours dans l'élaboration de notre travail.

Nous nous proposons donc de passer d'abord une re-

vue chronologique rapide des divers travaux publiés sur les fibromes purs de l'ovaire en général, puis, dans une série de chapitre distincts, nous réunirons ce qui se rattache à la fréquence, à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, au diagnostic, au pronostic et au traitement de ces mêmes fibromes. Donnant ensuite notre observation, nous verrons en quoi elle peut ressembler ou s'opposer aux faits antérieurement signalés ; nous essaierons de mettre en lumière quelques particularités s'il y a lieu et d'en tirer quelques conclusions générales ou particulières.

Nous avons là certainement un sujet très limité, mais pour lequel cependant une revue générale, à propos d'un cas particulier, ne pourrait manquer d'être intéressante.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le fibrome pur de l'ovaire n'est connu que de date récente. La première observation publiée sur ce cas paraît être celle de Spiegelberg, en 1866.

Avant cette date, l'existence des tumeurs fibreuses de l'ovaire, en général, était fort contestée. Au début du XIX[e] siècle, on ne connaissait que les kystes et on croyait que toutes les tumeurs étaient d'origine kystique.

Callot, de Mulhouse, présenta, le premier, semble-t-il, en 1823, à l'Académie de médecine, une observation sur une volumineuse tumeur de l'ovaire droit « constituée par une substance homogène, formée de fibres très denses ».

Kéberlé, Spencer Wells, déclarent ne pas croire à l'existence des fibromes ovariques ; toutefois, en 1872, Spencer Wells revient sur son opinion, et dans une statistique portant sur 1.000 ovariotomies, déclare avoir trouvé 3 cas de tumeurs fibreuses.

Les travaux et les observations se succèdent, et à mesure que la fréquence des tumeurs fibreuses ovariques se révèle plus grande, l'existence des fibromes purs de l'ovaire apparaît indiscutable. En 1870, Gripat publie un cas de fibrome pur, Veyssière un deuxième en 1872.

Dans la même année Szurmniki, de Breslau, écrit sa

thèse sur les tumeurs solides de l'ovaire et consacre un chapitre spécial aux fibromes.

Léopold, en 1874, fait le premier travail d'ensemble et signale l'intégrité habituelle des trompes dans les cas de tumeurs fibreuses de l'ovaire.

L'année suivante, Ziembiicki, traite, dans sa thèse, le même sujet à un point de vue plus clinique.

En 1888, Rendu publie dans le *Lyon Médical* une observation d'une tumeur fibreuse de l'ovaire, pour laquelle il pratiqua la laparotomie. A signaler, à cette époque, la thèse de Castelnau, de Montpellier, où il fait mention d'un cas de fibrome pur, les observations sur des cas identiques de Dubar, en 1893 ; de Picqué, en 1894 ; de Ledoux et Lauwers, en 1900 ; de Jacobs, en 1901. M. le professeur Puech publie en 1905, dans la *Gazette des hôpitaux*, une importante monographie, qui met la question au point.

Plus près de nous, nous citerons les travaux de Rouffart, de Routier, de Bauby, de Vautrin et Hoche, de Cestan, la thèse de Teissonnier, le rapport de Mériel au Congrès de Toulouse, travaux consacrés aux tumeurs fibreuses de l'ovaire, et signalant l'existence de quelques cas de fibromes purs.

La plupart des observations ont trait à des fibromes développés aux dépens de l'ovaire en entier, sans qu'il soit possible de trouver des traces du tissu ovarien.

Toutefois, Mundé, en 1889, après lui Rouffart, Lauwers, Jacobs (1901-1902), rapportent des exemples de fibromes développés en un point circonscrit avec intégrité partielle de la glande.

CHAPITRE II

FREQUENCE ET ETIOLOGIE

Les fibromes purs de l'ovaire, dont l'existence n'est plus contestée, sont de toutes les tumeurs celles qui se rencontreraient le plus rarement.

D'après les statistiques de Dartigues, de Vautrin et Hoche, d'après le rapport de Mériel au Congrès de Toulouse, le fibrome vrai apparaîtrait dans la proportion de 2 à 3 pour 100. Toutefois, il faut tenir compte que souvent, l'analyse histologique n'a pas été faite, et que des fibromes purs ont pu échapper à l'œil de l'observateur et être considérés comme des fibro-myomes ou des fibro-sarcomes, les plus fréquents parmi les tumeurs fibreuses de l'ovaire.

L'étiologie du fibrome vrai est fort obscure. On ne peut incriminer, comme le déterminant toutes les théories que les divers auteurs mettent en ligne pour expliquer l'étiologie des tumeurs solides de l'ovaire : traumatismes, chutes, congestion de l'ovaire, états pathologiques antérieurs, multiparité, ménopause. Aucune de ces causes ne mérite de retenir notre attention.

On a essayé d'établir par des statistiques que l'âge, la période d'activité génitale, devaient entrer en considéra-

tion. En particulier, Dartigues a écrit que le fibrome pur s'observait surtout chez les jeunes femmes.

Or, si nous examinons quelques-unes des observations ayant trait à des fibromes vrais, nous constatons que le fibrome a apparu aux âges les plus divers.

17 ans, dans l'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur de Rouville.

17 ans, Castelnau (Thèse de Montpellier).

26 ans, Mundé.

28 ans, Cestan.

28 ans, Meissonier.

34 ans, Lorrain et Chattou.

36 ans, Gullingworth.

37 ans, Spiegelberg.

44 ans, Ledoux.

47 ans, Bourgouin.

45 ans, Tchakmanoff.

56 ans, Mériel.

Il n'est pas possible, d'après cet aperçu, de déterminer si l'âge a une influence certaine sur le développement du fibrome, pas plus du reste que la multiparité, plusieurs des malades étaient vierges.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Caractères macroscopiques. — Les fibromes vrais se développent indifféremment sur l'un ou l'autre ovaire ; un seul ovaire peut être atteint, à l'exclusion de l'autre, les deux le sont quelquefois. D'après M. le professeur Puech, l'ovaire droit serait le plus souvent intéressé ; pour Dartigues, ce serait le gauche. De même, il existe des partisans de la bilatéralité des lésions (Vautrin et Hoche), et de l'unilatéralité (Picqué).

Dans l'observation personnelle inédite que nous citons plus loin, l'ovaire droit était seul intéressé, les annexes gauches indemnes. Plusieurs observations, toutefois, mentionnent des lésions bilatérales, mais il semble que l'unilatéralité des fibromes vrais soit de beaucoup la plus fréquente.

Les fibromes occupent dans la cavité abdominale une situation qui varie avec leur volume ; gros comme une noix, ils passent inaperçus ; d'autres fois, ils peuvent acquérir des dimensions considérables, remonter au-dessus de l'ombilic, gagner l'hypocondre du côté opposé. En général, ils occupent une situation transversale, comme l'ovaire normal, une extrémité fuyant vers le pelvis, une autre supérieure gagnant le haut de l'abdomen.

Leur surface extérieure est quelquefois lisse, tendre, mais le plus souvent bosselée, irrégulièrement parcourue par des sillons, séparant des saillies, des bourrelets sinueux, rappelant l'aspect connu « des sillons et circonvolutions cérébrales ».

Leur vascularisation superficielle est variable. Leur coloration est blanchâtre ou blanc grisâtre, mais cette teinte n'est pas uniforme, et il existe des zones plus foncées, à côté des zones claires. Leur forme rappelle celle de l'organe qui leur a donné naissance ; elle est un peu allongée, quelquefois réniforme.

C'est surtout dans le volume et le poids des fibromes de l'ovaire que les variations sont grandes. Depuis le fibrome, du volume d'une noix ou d'un poing (Picqué), jusqu'au fibrome observé par Spiegelberg (30 kilogrammes. il existe toute une série de poids intermédiaires.

776 grammes, Mundé.
900 grammes, Bauby.
1040 grammes, Meissonnier.
1600 grammes, de Rouville.
1820 grammes, Meissonnier.
2120 grammes, Meissonnier.
2500 grammes, Tchakmanoff.
3.400 grammes, Ledoux.
6500 grammes, Lorrain et Chatton.

La consistance de la tumeur est dure, d'une dureté fibreuse ; le tissu en est dense, compact et crie sous le bistouri.

Le fibrome de l'ovaire n'est pas toujours pédiculé ; quand le pédicule existe, et c'est le cas le plus fréquent, il affecte les formes les plus diverses : tantôt mince et grêle, tantôt, au contraire, épais et charnu. Il permet à la tumeur

une grande mobilité et peut quelquefois se tordre sur son axe, comme le pédicule des kystes ovariques.

Les connexions du fibrome ont une grande importance, la trompe et le pavillon conservent leur entière indépendance ; il en est de même pour l'utérus, qui, généralement est dévié en avant.

Le fibrome pur contracte rarement des adhérences ; lorsqu'il en existe, c'est avec l'épiploon qu'on les rencontre le plus souvent.

Enfin, il est un symptôme fréquent dans les tumeurs solides de l'ovaire et qui se montre aussi dans le cas de fibrome vrai : l'ascite. La présence de l'ascite a reçu diverses interprétations, mais elle ne peut être regardée comme une complication, étant donné le peu de malignité des fibromes vrais.

Dans notre observation, le volume du liquide ascitique était de 500 à 600 grammes, mais il a pu parfois être beaucoup plus considérable (Cestan-Picqué).

On s'est demandé quel était le mode de production de l'ascite. On l'a attribué tour à tour à une péritonite chronique, à une mauvaise circulation favorisée par la compression. Il est plus rationnel d'admettre avec le professeur Dubard que l'ascite est le résultat de la réaction du péritoine, irrité par la présence de la tumeur ovarique.

Enfin, un des derniers caractères macroscopiques du fibrome pur, caractère qu'il partage avec les fibromes de l'ovaire en général, est le manque d'une capsule isolante.

Caractères microscopiques. — La composition histologique des fibromes de l'ovaire a donné naissance aux opinions les plus diverses. Nous avons vu que si pour quelques auteurs, leur existence était discutable, pour d'au-

tres ils constituaient la majeure partie des tumeurs fibreuses de l'ovaire.

Notre opinion personnelle est que l'existence du fibrome pur ne fait plus de doute, et l'observation que nous publions, en dehors du point particulier que nous signalons, en est un exemple typique.

La définition du fibrome nous est donnée par celle du tissu fibreux, formé, on le sait, par des faisceaux conjonctifs, séparés par des cellules connectives, aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Pour qu'une tumeur soit dite fibrome, il ne suffit pas qu'elle contienne du tissu conjonctif ; il faut, de plus, qu'elle ne renferme aucun autre tissu.

Presque toutes les tumeurs, en effet, possèdent une trame fibreuse, parfois très dense, qui peut dans certaines parties exister à l'état de pureté, mais le stroma circonscrit toujours, dans le plus grand nombre de points de la tumeur des interstices occupés par des cellules. Or, si les fibromes sont, par définition, composés exclusivement de tissu conjonctif, il est facile de les différencier des autres tumeurs. En outre, le microscope y décèle des vaisseaux sanguins, sans parois propres, revêtus seulement d'une couche endothéliale et d'autres vaisseaux plus volumineux, pourvus de trois tuniques. Ces vaisseaux qui, en certains points, acquièrent de grandes dimensions, sont en général peu nombreux.

Le fibrome pur de l'ovaire peut subir diverses transformations que nous ne citerons que pour mémoire : la dégénérescence graisseuse, la transformation calcaire, la dégénérescence sarcomateuse ; enfin, une dernière complication, la suppuration. Il est un point particulier sur lequel nous insisterons spécialement :

Dans la plupart des observations de fibrome pur, l'ovaire était envahi, transformé entièrement, au point qu'il n'était plus possible de retrouver des traces de tissu ovarien. Cette dégénérescence fibreuse totale de l'ovaire, dans le fibrome pur, soutenue par Pozzi, Vautrin et Hoche, n'est pas la règle. Mundé, Rouffart, Lauwers, ont signalé la localisation du fibrome de l'ovaire à un point nettement circonscrit, avec intégrité partielle de l'organe, et notre observation, à ajouter aux précédentes, vient affirmer ce point important, *que le fibrome pur de l'ovaire n'intéresse pas nécessairement tout l'organe, qu'il peut nettement se localiser.*

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Le mode de développement des tumeurs, de quelque nature qu'elles soient, est des plus obscurs, c'est dire que le développement du fibrome vrai de l'ovaire ne nous est guère mieux connu. On a d'abord nié l'origine ovarienne du fibrome de l'ovaire, et Spencer Wells écrivait : « Les fibromes de l'ovaire ne sont réellement que des tumeurs prenant naissance dans l'utérus. »

L'origine ovarienne admise, on s'est demandé quelle était la région de la glande qui leur donnait naissance. Pour Rokitansky, ce développement se ferait aux dépens du corps jaune ; pour Patenko, aux dépens de l'endothélium folliculaire, atteint de sclérose partielle ; pour Herbert Spencer, aux dépens de la tunique fibreuse des follicules de Graaf ; pour Fairbank, enfin, aux dépens de l'albuginée.

La plupart des auteurs se sont ralliés à la théorie suivante, qui paraît la plus rationnelle. Le développement des fibromes de l'ovaire se ferait aux dépens du stroma de l'ovaire et intéresserait l'ovaire en entier. Cette dernière affirmation n'est pas exacte, puisqu'il existe, comme nous l'avons vu, des ovaires dont la dégénérescence fibreuse n'est que partielle.

Virchow, dans ses nombreux travaux sur le développement des tumeurs, et en particulier sur le développement des fibromes de l'ovaire, insiste sur ce fait, que le fibrome naît le plus souvent sur les extrémités latérales de la glande. Les observations précises de Mundé, Rouffart, Lauwers, Gusserow et Talbot et la nôtre viennent à l'appui de la théorie de Virchow.

Il est donc incontestable que le fibrome de l'ovaire peut se développer en un point circonscrit et ne pas intéresser l'ovaire en entier. Dans notre observation, le tiers de l'ovaire était sain, et le pédicule fibreux était implanté sur les deux tiers de l'organe. Ce point a une grande importance, et la bénignité du fibrome de l'ovaire pourrait y trouver une explication.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du fibrome vrai de l'ovaire diffère très peu de la symptomatologie des autres tumeurs fibreuses de cet organe. Elle est peut-être plus silencieuse, moins accidentée, au point que des fibromes vrais ont pu longtemps passer inaperçus et n'être reconnus qu'incidemment, à l'occasion d'un examen d'une maladie autre. Avec Dartigues et M. le professeur Puech, nous diviserons les symptômes en fonctionnels et physiques.

Les symptômes fonctionnels comprennent les troubles menstruels, les douleurs. Les règles ne sont pas toujours supprimées ; on a noté parfois leur augmentation ; mais en général les pertes sanguines prennent la forme de métrorragies continues et légères. Ces hémorragies, d'après Dartigues, seraient expliquables par la seule présence du fibrome. La douleur est parfois nulle, souvent très vive ; elle peut être le seul symptôme qui attire l'attention. Dans notre observation, la malade n'avait jamais souffert ; les métrorragies et le développement anormal du ventre l'avaient seuls décidé à consulter un médecin.

Les douleurs, quand elles existent, siègent le plus sou-

vent au niveau de l'organe intéressé ; elles peuvent s'irradier vers l'hypogastre et présenter des crises d'exacerbation qu'expliqueraient la co-existence de la poussée congestive périodique, la mobilité de la tumeur, ou bien encore le tiraillement de l'épiploon adhérent, la compression des nerfs, la torsion du pédicule (cas cité par Mériel). Nous signalerons parmi les symptômes fonctionnels, la compression des vaisseaux, l'œdème consécutif des membres inférieurs, de la paroi abdominale, la présence d'ascite. En dernier lieu, les compressions viscérales et tous les accidents qui en résultent. Ces compressions ont en général peu d'importance, étant donnée la mobilité de la tumeur et son développement abdominal.

Les troubles de l'état général, nuls dans notre observation, sont peu accentués et indiquent la bénignité du fibrome vrai.

Symptômes physiques. — L'inspection peut fournir des résultats positifs à un stade avancé du développement de la tumeur.

Mais c'est surtout la palpation bi-manuelle, qui rend le plus de services, car elle permet de localiser la tumeur, d'en apprécier la consistance, le volume et la forme.

Au palper, le fibrome pur donne l'impression d'une tumeur très dure, bosselée, mobile, située sur les côtés de l'utérus et indépendante de lui. Cette palpation n'occasionne en général aucune douleur.

D'après Terrier, quand il existe des adhérences, la palpation permet de les percevoir en déplaçant la tumeur ; on sent alors sous la main un léger frottement. Pour rendre le palper plus aisé, Rokitansky conseille, lorsque le fibrome est de petit volume et pelvien, de mettre la malade en position génupectorale.

L'auscultation, préconisée par Castelnau (loc. cit.), ne semble pas donner, comme pour la plupart des tumeurs abdominales — grossesse mise à part — des éléments de diagnostic appréciables.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic symptomatologique du fibrome pur de l'ovaire est très difficile ; on pourrait même dire irréalisable. Certains auteurs ont voulu trouver quelques signes différentiels, fort peu caractéristiques d'ailleurs, pour établir la variété de fibrome ; ils ont cité notamment la consistance plus ferme de la tumeur, l'allure torpide de son évolution. L'examen histologique seul peut trancher la difficulté. Reste donc à établir le diagnostic différentiel entre une tumeur fibreuse de l'ovaire en général et d'autres tumeurs, ou diverses affections pouvant les simuler ; gros ovaires scléro-kystiques, annexites de toute nature ; fibromes utérins, surtout dans leur variété sous-péritonéale à long pédicule, fibromes du ligament rond, kyste de l'ovaire, grossesse extra-utérine.

Quant à l'existence de l'ascite concomitante, elle sera un appoint fort utile au diagnostic, sans qu'on puisse cependant se fonder en rien sur les résultats de l'examen du liquide ascitique.

Le gros ovaire scléro-kystique et les annexites peuvent être distinguées par un toucher attentif. On a une sensation d'une moins grande résistance, d'une moindre mobi-

lité. Ce toucher est d'ailleurs le plus souvent douloureux, alors qu'il est rarement dans le fibrome.

Le diagnostic différentiel du fibrome de l'ovaire, devient plus difficile quand il est augmenté de volume.

Il peut alors être confondu avec un fibrome utérin. D'après Dartigues, les éléments de ce diagnostic seraient fournis par l'absence plus marquée de métrorragies, la mobilité du néoplasme bien plus appréciable, son indépendance plus complète dans le cas de fibrome de l'ovaire, enfin la conservation des dimensions de la cavité utérine appréciée par l'hystéromètre.

Quant au kyste de l'ovaire, la différenciation sera faite par la recherche attentive de la fluctuation, en tenant compte bien entendu, de l'ascite souvent concomitante à l'existence du fibrome de l'ovaire.

Labadie-Lagrave et Legueu se fondent pour établir le diagnostic différentiel entre le fibrome de l'ovaire et celui du ligament rond, sur la situation occupée par l'utérus, qui est en rétroposition quand il s'agit d'une tumeur du ligament rond, refoulé en avant en en bas quand on a affaire à une tumeur de l'ovaire.

Reste enfin la grossesse extra-utérine. Dans ce cas, le diagnostic entouré de mille difficultés est souvent impossible. Il faudra tenir compte des commémoratifs ; quoi qu'il en soit, le diagnostic reste toujours fort délicat.

En somme « il importe surtout de reconnaître que l'on a affaire à une tumeur solide de l'ovaire, puisque tout fibrome de l'ovaire demande à être opéré sans retard, au même titre qu'un sarcome ou un carcinome ».

On pourrait trouver peut-être encore un symptôme susceptible d'éclairer à quelque degré le diagnostic de fibrome vrai, dans l'évolution même de cette tumeur. Elle évolue en effet, lentement dans la plupart des cas (trouvaille d'au-

topsie chez certaines vieilles femmes), sans symptômes généraux accusés, est en somme d'une certaine bénignité. Ce qui infirmerait relativement les affirmations catégoriques de Vautrin, Hoche et Mériel « pour qui le fibrome quelle que soit sa forme histologique a une certaine propension à subir la transformation maligne. »

Quant au pronostic opératoire, il est en général excellent et nous nous réservons d'en parler avec plus de détails au chapitre traitement.

TRAITEMENT

Les fibromes purs de l'ovaire, sont justiciables, comme tout fibrome d'ailleurs, d'une thérapeutique active. Si celle-ci peut être quelquefois discutée dans certaines tumeurs susceptibles de récidiver, on ne saurait ici, dans ces cas bien précis, et bien définis se départir de cette règle de conduite. L'asepsie a rendu d'ailleurs infiniment moins dangereuses qu'autrefois les laparotomies, et les tumeurs malignes au début en étant aussi justiciables, on conçoit que même sur la foi d'un diagnostic de présomption, ne préjugeant en rien de la nature histologique de la tumeur, on doive pratiquer la cure médicale.

Si, par contre, le cas est bénin, l'intervention sanglante est encore une chose excellente car, ainsi que nous l'avons dit, quoique rare, la mutation maligne est toujours susceptible de se produire.

L'âge ne saurait être une contre-indication. On n'en tiendra considération que pour décider des particularités de l'opération. Chez une jeune fille ou jeune femme, l'ovaire pourra être, devra être même, autant que possible, respecté ; chez une femme, grande multipare, ou d'un âge avancé, l'ovariotomie sera sans importance. Il faudra faire peu de fond sur la ménopause qu'on a signalée comme amenant une atrophie des tumeurs fibromateuses en général, action bien infidèle certainement, en tout cas lointaine.

Opérer également même s'il y a grossesse, car abandonnée à son évolution normale, non seulement cette grossesse peut donner à l'hypergénèse une suractivité fâcheuse, mais en outre au moment de sa terminaison, elle pourra être fortement compromise par l'obstacle mécanique qu'apportera la tumeur au pasage du fœtus.

Cette règle de conduite est reconnue bonne et adoptée pour les fibromes de l'ovaire en général (Spencer Wells, Lejars, Glockner). A fortiori ne saurait-elle être préjudiciable dans les cas de fibromes purs limités et pédiculés.

Peu importe également la cachexie. Celle-ci est due à une perturbation momentanée dans les échanges de l'organisme, peut-être à une modification du milieu humoral, à des résorptions de toxines spéciales au niveau de la tumeur, à des cénesthésies spéciales qui influent sur l'appétit, le tube digestif, l'état moral. Mais lorsque la tumeur disparaît, la cachexie s'amende vite, l'état général redevient rapidement excellent, en somme la guérison est toujours rapide.

L'ablation peut se faire par la voie vaginale ou abdominale. Dans le cas de laparotomie, l'incision sera grande, et la masse néoplasique sera enlevée avec l'ovaire ou séparée de celui-ci après ligature préalable du pédicule quand celui-ci existe.

Il y a lieu de se demander toutefois et la question est intéressante dans le cas particulier qui nous occupe, s'il ne pourrait pas y avoir place pour une chirurgie conservatrice.

L'ablation en entier de l'ovaire, lorsque celui-ci a subi la dégénérescence fibreuse totale, n'est pas discutable ; elle le devient, lorsque le fibrome nettement pédiculé, se développe en un point nettement circonscrit.

Mundé, le premier, en 1889, posa la question et la réso-

lut ; il se contenta, après énucléation de la tumeur, d'exciser le pédicule et la partie malade de l'ovaire, laissant en place la partie saine. L'opérée était une jeune fille, et Mundé ne se crut pas autorisé à pratiquer l'ablation totale.

Dans notre cas particulier, M. le professeur de Rouville, comme nous le relatons du reste dans l'observation, n'a pas agi autrement.

On peut objecter qu'il est difficile de se rendre un compte exact des lésions, et qu'il vaut mieux une cure radicale que courir les risques d'une récidive. Sans doute, mais dans ces cas particuliers, les lésions étaient nettement circonscrites, et il ne pouvait y avoir de sujets d'hésitation.

Pas plus que dans les autres tumeurs fibreuses de l'ovaire, on n'a observé jusqu'à présent la récidive. La rareté des faits signalés ne permet pas cependant d'affirmer qu'elle n'est pas possible.

OBSERVATION

Recueillie dans le service de M. le Professeur De Rouville

Mlle S... Marie-Jeanne, âgée de 17 ans, entre dans le service de gynécologie le 8 novembre 1910, pour pertes rouges continuelles.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Il y a un an, la malade constate la présence dans le bas-ventre, d'une tumeur du volume d'une mandarine. Six mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une forte émotion, la malade s'alita et commença à perdre légèrement, mais continuellement. Ce sont ces pertes qui motivent son entrée dans le service.

Pas d'autres maladies.

Inspection. — Ventre souple ; à jour frisant, on voit dans l'hypocondre droit une légère saillie atteignant et dépassant même la ligne médiane, et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Palpation. — On sent dans l'hypocondre droit une tumeur dure, bosselée, occupant toute la région ovarienne droite, et remontant à deux travers de doigt de l'ombilic, pour dépasser la ligne médiane.

Toucher. — Le col est dévié à gauche ; le cul-de-sac latéral droit et le postérieur sont occupés par une volumineuse tumeur ; on sent le corps de l'utérus qui est nettement détaché de la tumeur et rejeté complètement à droite. La tumeur est mobile.

Appareil pulmonaire : rien.

Appareil cardiaque : rien.

Appareil urinaire : rien.

Le 11 novembre, le toucher et le palper combinés permettent de constater que la tumeur a augmenté de volume ; elle remonte maintenant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et déborde à gauche la ligne blanche.

Opération le 12 novembre. — Laparotomie. A l'ouverture du ventre, on tombe sur l'épiploon vascularisé, et adhérent à la tumeur, qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On résèque l'épiploon entre deux pinces et on énuclée facilement la tumeur, dont le pédicule mince est constitué par l'ovaire droit. *Le reste de l'ovaire, soit le tiers, paraît sain ;* on le laisse. Les annexes gauches sont examinées directement ; elles ne présentent rien d'anormal. Présence d'ascite : de 500 à 600 grammes environ. Suites opératoires excellentes ; la malade quitte le service, guérie, le 10 décembre.

Anatomie pathologique. — La tumeur, du poids de 1.600 grammes, d'une couleur blanc grisâtre, avec placards de teinte plus sombre, a une consistance ferme ; elle est parcourue en tous sens par un grand nombre de sillons de profondeur variable, circonscrivant des bosselures, les unes petites, les autres de la dimension d'une noix ; quelques veines sont apparentes à la surface. L'examen histologique a été pratiqué par M. le professeur Bose, qui conclut en ces termes :

« La tumeur est un fibrome *pur*, et non un fibro-myome. Les préparations examinées montrent que la tumeur est un fibrome formé de travées d'un tissu à fibres plates, ondulées, parfois disposées en tourbillon, délimitant de larges placards de tissu fibreux moins serré, formé de cellules à prolongements multiples. Les vaisseaux présentent des parois épaisses. L'ovaire est un petit ovaire sclérokystique. Au niveau de sa tranche de section, *on voit un faisceau fibreux, point de naissance de la tumeur, qui est donc née aux dépens d'une partie circonscrite de l'ovaire.* »

A l'étude détaillée de cette observation, nous retrouvons les divers caractères signalés d'une façon générale dans les chapitres précédents. Tumeur mobile, métrorragies légères et continues ; pas de douleurs ; ascite modérée ; état général bon.

Ce fibrome a présenté une longue période de latence, s'est installé et développé sans perturbations importantes. Toutefois, à noter, dans les jours qui ont suivi immédiatement *l'entrée de la malade à l'hôpital, une augmentation rapide du volume de la tumeur,* pouvant en imposer pour l'existence d'une tumeur maligne (fibro-sarcome).

Nous citons en dernier lieu l'observation publiée par Mundé, en 1889, sur un cas identique. Cette observation est la seule qu'il nous ait été possible de nous procurer avec tous les détails.

« Jeune fille de 26 ans, se présentant à l'examen pour une tumeur abdominale, de la taille d'une noix de coco. Métrorragies continues et anémie très prononcée. Cette tumeur était, au dire du médecin, arrivée à ce volume en un an et demi.

» Quand la malade s'en aperçut, fortuitement, la première fois, le volume de la tumeur était celui d'un petit œuf ; en six semaines, elle dépassa le volume d'un gros œuf, pour présenter, le jour de l'examen, le volume d'une noix de coco.

A la palpation : tumeur franchement mobile, très dure, sensible à la palpation.

» Mundé fait d'abord un curettage utérin, qui ne donne pas de résultats. La tumeur augmentant rapidement de volume, la laparotomie est pratiquée.

» La tumeur était un fibrome pur de l'ovaire droit, du poids de 773 grammes, relié par quelques adhérences extensibles à l'épiploon, et présentant un pédicule court de la grosseur du pouce, implanté sur un point circonscrit de l'ovaire, lequel était en partie sain.

» La partie saine de l'ovaire est laissée en place. »

Photographie de la pièce

On voit nettement sur la photographie la partie de l'ovaire qui a donné naissance à la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — Il existe pour les tumeurs fibreuses de l'ovaire une variété spéciale assez rare, que l'on peut appeler fibrome pur.

II. — Ces fibromes, qui n'ont pas une symptomatologie propre, permettant de préjuger de leur nature histologique, se développent aux dépens du stroma conjonctif de l'ovaire.

III. — Il est acquis qu'ils peuvent naître en un point circonscrit et ne pas intéresser l'ovaire en entier. Ce mode de développement, qui est très rare, viendrait à l'appui de la théorie de Virchow, qui prétend que le fibrome pur naît le plus souvent sur les extrémités latérales de la glande.

IV. — Les fibromes purs, lorsque l'ovaire a subi en entier la dégénérescence fibreuse, sont éminemment justiciables de la cure médicale. Il semble toutefois que dans le cas de lésions nettement circonscrites, il soit préférable de respecter l'ovaire et de n'enlever que la partie envahie par la prolifération du tissu conjonctif.

BIBLIOGRAPHIE

Keberlé. — Dictionnaire Jaccoud, article « Ovaire ».

Léopold. — Die soliden Eierstocksgeschvülste. Arch. f. gyn. 188.

Ziembicki. — Thèse de Paris, 1875.

Castelnau. — Fibromes de l'ovaire. Thèse de Montpellier. 1890.

Lallemand. — Thèse de Paris, 1894.

Bourgeois. — Thèse de Paris, 1894.

Dartigues. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1899, pages 601-793-1013.

Spencer Wells. — Des tumeurs ovaire et utérus. Traduct. P. Rodet, 1883.

Boyster. — New-York Med. Journal, 1902.

Grinsdale. — Brit. medic. Journal, 1896.

Aldibert. — De l'ovariotomie chez l'enfant. Annales de Gynécologie, 1893.

Lendey. — Bulletin Société Anatomique, 1851.

Terrier. — Progrès Médical, 1888.

Jacobs. — Bulletin Société belge de gynécologie, 1900-1902.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, tome II.

Picqué. — Des tumeurs solides de l'ovaire. Semaine gynécologique, 1896.

Varrens. — Boston med. Journal, 1893.

Morély. — Bulletin Société anatomique, 1898.

Gemell. — Société gynéc. et obstét., Nord-Angleterre, 1902.

Rocher. — Revue de gynécologie et obstétrique et de pédiâtrie de Bordeaux, 1900.

Hartmann. — Bull. Société Anatomique, 1884.

Ledoux. — Journal connaissances médicales, 1900.

Rendu. — Lyon Médical, 1886.

Delagrange. — Société des Sciences médicales, Lille, 1893.

Dubar. — Bulletin médical Nord, 1893.

Cornil. — Leçons sur les tumeurs solides de l'ovaire. Journal des connaissances médicales, 1893.

Duroux. — Lyon Médical, 1903.

Patenko. — Arch. f. pathol. anat.

Spencer (H.). — Obst. soc. of London, 1902.

Fairbank. — Id.

Pascal et Pillet. — Bull. Société anatomique, 1898.

Bourgouin. — Thèse de Paris, observation IV, numéro 6, 1894.

Demons. — Congrès de Chirurgie, 1902.

Codet-Boisse. — Thèse de Bordeaux, 1904.

Coudert. — L'Obstétrique, 1904.

Pokrovsky. — Analyse gynécologique, 1900.

Barozzi. — Gynécol., 1904.

Routier. — Fibromes de l'ovaire. Gynécol., 1901.

Deligny. — De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire. Thèse Lille, 1898.

Teissonnière. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1909.

Testé. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1900.

Vignard. — Gazette Médicale de Nantes : Un cas de fibrome de l'ovaire, 1904.

Albertin. — Tumeurs ovariques. Lyon Médical, 1906-08.

Lorrain et Chatton. — Fibrome ovaire. Société Anatomique de Paris, 1907.

Virchow. — Pathol. des tumeurs, 1867.

Bianchi. — Ann. gynécologie, 1893.

Vautrin et Hoche. — Les fibromes de l'ovaire. Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale. Paris, 1909.

Hoche. — Etude anatomo-pathologique d'un fibrome opéré par M. Vautrin. Revue Médicale de l'Est, 1908.

Potherat. — Société de chirurgie, 1902.

Beuzart. — Thèse de Paris, 1907.

Tchakmanoff. — Contrib. étude fibromes de l'ovaire. Lyon, 1903.

Gripat. — Bull. Société anatomique, 1870.

Veyssière. — Id., 1872.

Rouffard-Lauwers. — Bull. Société belge gyn., 1902.

Puech. — Gazette des Hôpitaux, 1905.

Mériel. — Les tumeurs solides de l'ovaire. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiâtrie. Toulouse, 1910.

Gullingworth. — Cité thèse Lallemand.

Jayle et Bender. — Sur la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. Revue gynécol. et obstétrique. Paris, 1904.

Bauby. — Toulouse Médical, 1907.

Bourcier. — Traité de gynécologie.

Segond. — Traité de chirurgie.

Larnaudie. — Fibromes et tubercules. Thèse Montpellier, 1891.

Boinet (A.-A.). — Traité pratique des maladies de l'ovaire et leur traitement, 1877.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 décembre 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université
Léon G. PELISSIER.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 décembre 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !